**CENTER FOR LIFELONG LEARNING**

***EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY***

## [http://www.escnj.us](http://www.escnj.k12.nj.us)

**333 Cheesequake Road**

**Parlin, New Jersey 08859**

**Telephone: (732) 727-3736 Fax: (732) 727-3756**

**Mary Beth Conley Antoinette Nicholasi**

### Principal Vice Principal

### 

**Michael Kane**

*Vice Principal*

Authorization for Non-Prescription Medication

2023/2024

Dear Parent/Guardian:

Sometimes children develop fever, headaches, pain, and allergic reactions due to illness or injury while at school. The school nurses would like to have your permission to administer certain over-the counter medications to your child when this happens. The dose will be according to your child’s weight and will be set by our school physician. The school will supply Tylenol, Motrin and Benadryl. If you wish to give the nurses permission to use one of these medications, please sign below:

Student Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I give permission for the school nurse (check all that apply) to :

\_\_\_\_\_\_\_ administer Acetaminophen (Tylenol)

\_\_\_\_\_\_\_administer ibuprofen (Advil/Motrin)

\_\_\_\_\_\_\_ administer diphenhydramine (Benadryl)

Signature of Parent/Guardian:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CENTER FOR LIFELONG LEARNING**

***EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY***

## [http://www.escnj.us](http://www.escnj.k12.nj.us)

**333 Cheesequake Road**

**Parlin, New Jersey 08859**

**Telephone: (732) 727-3736 Fax: (732) 727-3756**

**Mary Beth Conley Antoinette Nicholasi**

### Principal Vice Principal

### 

**Michael Kane**

*Vice Principal*

Autorización para medicamentos sin receta

2023/2024

Estimado padre/tutor:

A veces, los niños desarrollan fiebre, dolores de cabeza, dolor y reacciones alérgicas debido a enfermedades o lesiones mientras están en la escuela. A las enfermeras de la escuela les gustaría tener su permiso para administrar ciertos medicamentos de venta libre a su hijo cuando esto suceda. La dosis será de acuerdo con el peso de su hijo y será establecida por nuestro médico de la escuela. La escuela suministrará Tylenol, Motrin y Benadryl. Si desea dar permiso a las enfermeras para usar uno de estos medicamentos, por favor firme a continuación:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doy permiso para la enfermera de la escuela (comprobar todo lo que se aplica) a :

\_\_\_\_\_\_\_ administrar acetaminofén (Tylenol)

\_\_\_\_\_\_\_administer ibuprofeno (Advil/Motrin)

\_\_\_\_\_\_\_ administrar difenhidramina (Benadryl)

Firma del padre/tutor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_